

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA PAOLA DE NADAI

OS DESAFIOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO DO HIV/AIDS

Foz do Iguaçu

2011

ANA PAOLA DE NADAI

OS DESAFIOS DA ADESÃO AO TRATAMENTO DO HIV/AIDS

Projeto Técnico apresentado à Universidade Federal do Paraná como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Saúde.

Orientadora: Prof. Rosele Paschoalick

Foz do Iguaçu
2011

*“Acordar sabendo que se pode viver faz tudo ter sentido
de vida e mudar o modo como se vive a vida.
Acordar pensando que se vai morrer faz tudo perder o sentido.
A idéia da morte, no lugar da vida, é a própria morte instalada.
De repente me dei conta de que a cura da Aids sempre
havia existido, como possibilidade, antes mesmo de existir
como anúncio do fato acontecido, e que o seu nome era vida.
Foi de repente, como tudo acontece.”
Herbert de Sousa (Betinho)*

SUMÁRIO

1 Introdução.....	04
1.1 Apresentação	04
1.2 Objetivo	05
1.3 Justificativa.....	05
2 Revisão teórica.....	07
3 Metodologia	13
4 A Organização Pública.....	15
4.1 Diagnóstico da Situação.....	16
5 Proposta.....	18
5.1 Desenvolvimento da proposta	18
5.2 Plano de implantação.....	19
5.3 Resultados esperados.....	20
5.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo corretivas.....	20
6 Conclusão	21
7 Referências Bibliográficas	22
Anexos	25

1 Introdução

1.1 Apresentação

O Brasil foi um dos primeiros países a adotar políticas públicas de saúde visando a melhoria do tratamento de pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A Lei federal n. 9.313/96 de 13 de novembro de 1996, é um exemplo a ser citado sobre essas políticas, sua publicação garante aos pacientes soropositivos o acesso universal e gratuito aos 20 antirretrovirais distribuídos no Brasil através do Sistema Único de Saúde. Essas políticas são conquistas da sociedade brasileira, que vão em acordo com as diretrizes e princípios de equidade, a universalidade, integralidade e controle social que regem o SUS.

Dados apresentados mostram que os gastos do Ministério da Saúde com medicamentos antirretrovirais chegaram a R\$ 1 bilhão em 2005 (GOMES *et al*, 2009). A garantia de acesso, dos aproximadamente 197 mil pacientes em tratamento hoje no Brasil (BRASIL, 2010), mostra-se válida, quando comparada aos benefícios gerados, como uma significativa redução dos índices de morbidade e mortalidade, com conseqüente diminuição de gastos com internações e procedimentos terapêuticos causados por doenças oportunistas que são oriundas do enfraquecimento do sistema imunológico provocado pelo HIV.

Porém o sucesso do tratamento não depende apenas dos medicamentos prescritos e o seu fornecimento, mas também da capacidade do paciente tomá-lo corretamente, ou seja, de um alto grau de adesão.

Este trabalho busca melhorar o índice de adesão ao tratamento com antirretrovirais em uma Unidade Dispensadora de Medicamentos do Município de Foz do Iguaçu na qual estou lotada, através da implantação de novos procedimentos técnicos de controle baseados em datas de retirada de medicação pelo paciente portador de HIV.

1.2 Objetivo

Desenvolver um instrumento administrativo de controle da adesão ao uso de medicamentos antirretrovirais no tratamento de pacientes com HIV/AIDS.

1.3 Justificativa

No ano de 1997 a Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de acolher uma nova atividade, estruturou em sala anexa a Farmácia Central do município, uma farmácia para atendimento a portadores de HIV. A farmácia em questão, segue normas estabelecidas pelo Protocolo de Assistência Farmacêutica de DST/HIV/AIDS para a dispensação de medicamentos antirretrovirais, sendo cadastrada no Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais para este fim e determinada por este como Unidade Dispensadora de Medicamento (UDM).

A farmácia hoje contabiliza um número médio de 685 pacientes com cadastros atuantes para a retirada mensal de medicamentos antirretrovirais, realizando durante os três meses do estudo uma dispensação média de 1.575 frascos de medicamentos ao mês.

As prescrições são originárias de atendimentos realizados em consultórios particulares, mas principalmente, da rede Pública de Saúde onde os atendimentos são feitos pelo Ambulatório Municipal de DST/Aids que está instalado no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e presta atendimento através uma equipe de saúde multidisciplinar composta por médicos, enfermeira, auxiliares de enfermagem, psicóloga, assistente social, secretaria e gerência.

Após a indicação do início de tratamento com medicamentos antirretrovirais o paciente se encaminha a farmácia para o seu cadastramento no Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR) e de sua prescrição no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – SICLON, que após liberação tem a medicação fornecida em número de comprimidos suficientes para 30 dias, devendo o paciente retornar dois a três dias antes do término da medicação para obter os comprimidos para os próximos 30 dias.

O que se observa é a falta de um procedimento técnico administrativo capaz de captar os pacientes que não fizeram a retirada do antirretroviral (ARV) dentro desse período para os próximos 30 dias de tratamento. Observa-se também, a ausência de um sistema de comunicação com o restante da equipe multidisciplinar que informe acerca dos pacientes estão fazendo uso incorreto da medicação.

Os pacientes que estão com algum problema de adesão e que correm o risco de abandonar o tratamento, não são captados e os profissionais responsáveis pelo tratamento não são formalmente avisados, ou seja, não há gerência dos casos de baixa adesão ao tratamento com antirretrovirais.

A adesão não consistente aos antirretrovirais pelo paciente pode acarretar na falência do tratamento devido à utilização de doses subótimas, levando ao aumento da carga viral do indivíduo e aumento da probabilidade de progressão da doença, o desenvolvimento de doenças oportunistas e finalmente o óbito. Além de levar a possibilidade do desenvolvimento de cepas resistentes e a sua transmissão a indivíduos não infectados.

Assim, buscando melhoria do serviço prestado observou-se a necessidade da criação de procedimentos administrativos que estabeleçam a interligação entre a prescrição da medicação, a dispensação e a informação de sua correta utilização. Deste modo, nos casos em que se observar qualquer indicador de não continuidade no tratamento pode-se acionar, de maneira mais precoce, o contato com os pacientes em risco de abandono de tratamento evitando com isso, os efeitos da não-adesão e um conseqüente aumento dos índices de morbidade e mortalidade causados pelo HIV.

2 Revisão teórica

Nos Estados Unidos em meados de 1981, foram publicados os primeiros relatos da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) a partir de inúmeras notificações realizadas aos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii*, de sarcoma de Kaposi e aparente comprometimento do sistema imune, em homossexuais masculinos inicialmente considerados saudáveis.

Em 1983 o vírus da imunodeficiência humana (HIV) foi identificado e classificado como um vírus RNA que infecta principalmente as células que apresentam a molécula a CD4 em sua superfície, predominantemente os linfócitos CD4+ (linfócitos T-helper) e macrófagos (RACHID&SCHECHTER, 2008). A infecção dessas células leva o paciente, segundo Rachid&Schechter(2008) a uma progressiva imunodeficiência e susceptibilidade a vários patógenos comuns à indivíduos imunocompetentes, causando significativa morbidade antes mesmo do diagnóstico da AIDS.

A infecção do HIV é definida por fases distintas, que geralmente ocorrem num determinado período de tempo sofrendo variações relacionadas ao tipo de vírus e do sistema imunológico da pessoa que o contraiu. Com fins didáticos Rachid&Schechter(2008) classifica a infecção em três fases:

- Fase aguda ou infecção primária pelo HIV, onde o quadro clínico é bastante variável podendo assemelhar-se um simples episódio gripal. Apenas um pequeno grupo desenvolve AIDS logo após a infecção. Segundo Rachid&Schechter(2008) na ausência de tratamento cerca de 4% dos pacientes terão desenvolvido AIDS após três anos de infecção e 50% após 10 anos, 15% mesmo após 15 a 20 anos não apresentam qualquer sintoma da doença.
- Fase assintomática, são incluídos nessa fase os paciente infectados sem manifestações clínicas anteriores, onde a ausência de tratamento com antirretrovirais leva uma progressão da imunodeficiência.
- Fase sintomática: também chamada como AIDS (BRASIL, 2010), é a fase onde o paciente é acometido pelos sinais e sintomas associados a infecção pelo HIV, como candidíase oral, perda de peso acentuada, diarreia

prolongada sem motivo aparente, febre, presença de infecções oportunistas e neoplasias.

Após o diagnóstico do HIV a contagem sérica de células CD4 é o melhor marcador para a avaliação do status imunológico (BRASIL, 2006). A quantificação do número de linfócitos CD4 abaixo do limite das 200 céls./mm³, caracteriza segundo o Protocolo de assistência farmacêutica em DST/AIDS (2010) um risco cumulativo para o desenvolvimento de uma doença oportunista definidora de Aids, pois é sabido que o grau de imunossupressão e o risco de desenvolvimento de infecções oportunistas são correspondentes.

A quantificação das partículas virais no plasma tornou-se um dos instrumentos no acompanhamento dos portadores do HIV. “Acredita-se que a concentração do RNA do HIV no plasma seja proporcional ao número de linfócitos CD4 produtivamente infectados presentes na circulação sanguínea.” (RACHID & SCHECHTER, 2008).

Neste segmento o tratamento com antirretrovirais deve ser iniciado, segundo as Recomendações para Terapia Anti-retroviral em adultos e adolescentes Infectados pelo HIV (2006), nos pacientes que apresentem sintomatologia relacionada à infecção pelo HIV.

A introdução da terapia antirretroviral traz como efeito a redução da carga viral plasmática a um nível indetectável e um conseqüente aumento dos linfócitos CD4. Como não existe a possibilidade da erradicação total do vírus, o objetivo da terapia segundo Rachid&Schechter (2008) é a inibição prolongada da replicação viral do HIV, de forma que uma resposta imune eficaz contra os potenciais patógenos seja alcançada pelo paciente, de uma forma contínua.

O tratamento do HIV através de medicamentos antirretrovirais permite retardar ou evitar o surgimento da imunodeficiência, reduzindo a morbidade e mortalidade causada pela infecção, trazendo um aumento da sobrevida e melhoria da qualidade de vida dos portadores.

Estas são as razões pelas quais o governo federal, por intermédio do Ministério da Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde, criou o Departamento de DST, Aids e Hepatites virais, buscando diminuir a incidência dessas patologias e

melhorar a qualidade de vida dos portadores de doenças sexualmente transmissíveis, HIV, Aids e hepatites virais.

As ações em HIV/AIDS baseiam-se nos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo as Diretrizes para o fortalecimento das ações de Adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2007), as ações de adesão devem ser baseadas nos seguintes princípios:

- Universalidade no acesso a insumos, serviços e ações de saúde.
- Integralidade do cuidado.
- Equidade e superação de vulnerabilidades específicas.
- Valorização da autonomia e da garantia de participação das pessoas vivendo com HIV/AIDS na construção de estratégias que promovam a adesão ao tratamento.
- Trabalho em redes articuladas e complementares entre os diferentes níveis de atenção à saúde.
- Articulação intra e intersetorial, buscando superar obstáculos, particularmente sociais.

A busca por uma terapia antirretroviral bem sucedida depende no entanto, de uma adesão quase perfeita. Estudos indicam que para eficácia do tratamento, o uso do esquema terapêutico deva ser igual ou superior a 95% das doses prescritas (BRASIL, 2008), índices inferiores levam a multiplicação plasmática do vírus e a possibilidade de desenvolvimento de cepas resistentes, reduzindo as opções terapêuticas disponíveis e a sobrevida do paciente.

Vários são os conceitos encontrados para definir adesão, mas de acordo com as Diretrizes para o Fortalecimento das Ações de Adesão ao Tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS do Ministério da Saúde, com publicação em 2007, *“a adesão é um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe de saúde e a rede social.”* Observa-se assim que o tema da adesão possui maior complexidade do que a simples ingestão do medicamento, mostrando-se como um conjunto de ações que transcende prescrição médica e abrange características citadas por Silva *et al*(2008) relacionadas ao estilo e a qualidade de vida do

paciente, disponibilização de serviços de referência e contra-referência, frequência das consultas médicas, datas de retiradas de medicamento na farmácia, periodicidade da realização dos exames, vínculo com profissionais de saúde, zelo com a higiene pessoal e alimentação, aceitação e conhecimento da patologia, entre outros. Caracterizando-se como um elo entre os profissionais de saúde e paciente, onde cada qual tem sua responsabilidade específica com cada etapa do processo caracterizando a adesão como uma atividade contínua e conjunta. Dentro deste contexto, a adesão pode variar conforme as diferentes fases da vida do paciente, não devendo classificar o paciente “aderente” ou “não aderente”, mas que naquele momento o “paciente está aderente” ou o “paciente não está aderente”(SILVA *et al*, 2008).

O Ministério da Saúde, neste sentido, já com finalidade de intensificar essa idéia de adesão sugere através das Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV (2006) que o início da terapia medicamentosa com antirretrovirais apenas seja realizada após a importância da adesão ser entendida e aceita pelo paciente e uma relação de co-responsabilidade seja estabelecida.

Segundo Lima *et al*(2008) a Organização Mundial da Saúde (OMS) divide os fatores que potencialmente interferem na adesão aos antirretrovirais em cinco grupos:

- Fatores socioeconômicos: Baixa escolaridade, sexo, idade, mulheres que cuidam de crianças, suporte de amigos e familiares.
- Fatores relacionados à equipe de saúde e ao sistema de saúde: Relação insatisfatória do paciente com relação a equipe multidisciplinar e aos serviços prestados, com procedimentos realizados, medicamentos, consultas, insatisfação com suporte dado, informações inadequadas e instruções não claras.
- Fatores relacionados ao estado clínico do paciente: Nível de CD4, carga viral, sintomas relacionados à doença e período da patologia.
- Fatores relacionados à terapia: São os fatores associados a complexidade do regime terapêutico, como número e tamanho de comprimidos e cápsula a serem ingeridos, bem como o número de doses diárias e seus horários de administração, efeitos adversos, restrições alimentares; são fatores podem que conflitar com a rotina e o estilo de vida do paciente.

- Fatores relacionados ao paciente: uso de drogas e álcool, esquecimento, crenças, estresse psicológico, presença de transtornos mentais como depressão e ansiedade, entendimento da relação entre não adesão e resistência, auto-reconhecimento de capaz de aderir à terapia.

Segundo o Manual de Adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids (2008) a compreensão dos aspectos dificultadores da adesão é o primeiro passo para o seu manuseio e superação, devendo cada paciente ser observado individualmente, “Reconhecer e respeitar as diferenças individuais significa aplicar o princípio da equidade nas praticas de saúde.”(BRASIL,2010).

O aumento da expectativa e qualidade de vida dos portadores, trazidos pelo advento da terapia ARV, só são alcançados por aqueles que conseguem manter boa adesão ao tratamento. O que levou a busca por instrumentos que assegurassem uma adesão em longo prazo. “Isso significa definir estratégias que possam antecipar falhas de adesão baseando-se na detecção precoce daqueles fatores já reconhecidamente associados à não-adesão.”(LIMA *et al*, 2008). Observa-se então a importância do monitoramento da adesão do paciente a cada encontro ou consulta realizando um processo sempre contínuo de acompanhamento.

A farmácia tem um grande papel neste sentido, uma vez que a retirada de medicação é mensal, a mesma se torna uma grande fonte de informação, principalmente na detecção de falhas ou problemas relacionados ao consumo de medicação. Com esse objetivo a farmácia pode criar estratégias visando a potencialização da adesão. “Os profissionais da farmácia da unidade de saúde podem agregar informações importantes para o monitoramento da adesão ao registrarem o controle de retirada de medicamentos. Assim, podem identificar pacientes que estão apresentando problemas de adesão” (BRASIL, 2008).

As atividades relativas à avaliação de utilização de medicamentos na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população são de responsabilidade do farmacêutico e definidas como atividades de assistência farmacêutica segundo as Instruções Técnicas para organização da assistência farmacêutica na atenção básica (2006) . Possuem normatização através da Resolução n 308 do Conselho Regional de Farmácia, de 2 de maio de 1997, que define:

Assistência Farmacêutica, no âmbito de farmácias e drogarias, como sendo o conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção e recuperação da saúde, nos estabelecimentos públicos e privados que desempenham atividades de projeto, pesquisa, manipulação, produção, conservação, dispensação, distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos. (BRASIL, 2010, p 45).

Segundo ainda, o Manual Técnico de Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS de 2008 do Ministério da Saúde, cabe ao farmacêutico em sua rotina de atendimento, a atuação com outros profissionais na avaliação da adesão dos pacientes e o controle de faltosos.

Werneck *et al*(2009) cita que protocolos são importantes documentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços, sendo úteis para o desenvolvimento das ações e organização do processo de trabalho, como na padronização de rotinas e procedimentos, reduzindo as variações das práticas clínicas.

Nesse sentido o protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/AIDS (2010) sugere a criação de estratégias diárias que potencializem a adesão. “Os registros da farmácia não devem servir só como método para avaliar a adesão, mas podem ser de extrema importância na condução do monitoramento”(BRASIL,2010).

Dados apresentados mostram que o acesso universal aos antirretrovirais no Brasil, nos anos de 1995 a 2001, resultou em uma queda de aproximadamente 50% no número de óbitos e de 80% no número de internamentos por doenças oportunistas como a tuberculose e a pneumonia. De 1997 a 2001, 358 mil internações por infecções oportunista ou sintomas graves da AIDS foram evitadas, gerando uma grande economia para o país. (Brasil,2010). “Estimativas do Programa Nacional de DST/AIDS apontam para uma economia superior a US\$ 2 bilhões no período de 1997 a 2003” (GRAGEIRO *et al*,2006) .

3 Metodologia

É de conhecimento que a medicação é fornecida para o período exato de 30 dias devendo o paciente retornar a farmácia no mínimo uma vez ao mês. Os dados para a avaliação da aderência foram coletados com o auxílio da tabela de controle manual, que contém a data das retiradas dos pacientes, realizou-se um levantamento do número de atendimentos ao mês e o conseqüente número de faltosos dentre o período de junho a agosto de 2011. Excluiu-se o número de gestantes, uma vez que uma grande parte delas faz uso da medicação apenas durante a gestação e a interrupção de retirada da medicação na farmácia não significaria, portanto abandono de tratamento. Excluíram-se também as crianças em uso de medicação na forma líquida, já que a determinação de dose varia com o desenvolvimento e ganho de peso da criança, podendo a dose presente no frasco ser suficiente para mais de 30 dias, ocorrendo retirada tardia e gerando um dado não real. Após análise, chegou-se a um número médio de 19.5 % de pacientes que não retiraram que a medicação dentro do mês corrente, conforme demonstrado no quadro abaixo:

	Pacientes cadastrados	Gestante e crianças*	Total	Número de faltosos	Faltosos %
Junho	682	28	654	139	21%
Julho	681	27	654	129	18.9%
Agosto	693	28	665	124	18.64%
					19.5%**

* Crianças em tratamento com medicamentos sob a forma líquida.

** Média de pacientes faltosos referente aos três meses analisados.

Fonte: Mapa manual de dispensação de medicamentos antirretrovirais

Em visita ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE) a proposta de controle desses pacientes foi colocada e teve muito boa receptividade, reuniões para discussão e apresentação dos procedimentos foram agendadas com equipe multidisciplinar.

Em decorrência do exposto optou-se por se desenvolver um instrumento administrativo para o controle da adesão ao uso de medicamentos antirretrovirais no tratamento de pacientes com HIV/AIDS, a partir da Farmácia de HIV do município de Foz do Iguaçu.

4 A Organização Pública

O Programa Municipal de DST/AIDS do município de Foz do Iguaçu teve sua criação através do decreto n 13.773 de 06 de junho 2001 e retificação em 14 de outubro de 2009 pelo decreto n. 19.200 passando a se chamar Programa Municipal de DST/AIDS e Hepatites, subordinado a secretaria municipal de saúde.

A farmácia do HIV ou Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) é parte integrante do SAE (Serviço de Atendimento Especializado), que é um ambulatório que presta assistência a todos os pacientes já com diagnóstico de HIV positivo, onde os portadores são assistidos por equipe multidisciplinar, formada por médicos, enfermeiras, psicólogo, serviço social e demais profissionais de saúde, que estão em constante comunicação entre seus membros e sob a coordenação do Programa Municipal DST/AIDS e hepatites. A Unidade Dispensadora de Medicamentos(UDM) por se tratar de uma farmácia também responde paralelamente por suas ações à divisão de Assistência Farmacêutica.

A farmácia desde 1997 fornece medicamentos antirretrovirais e doenças oportunistas relativas ao HIV, aos pacientes de Foz do Iguaçu e municípios assistidos pela nona regional de saúde.

Atualmente a unidade conta com uma atendente de farmácia e uma farmacêutica para realização de todos os serviços relacionados à gestão e dispensação, acompanhamento e monitoramento dos medicamentos antirretrovirais e doenças oportunistas, buscando através da integração com o restante da equipe um pleno desenvolvimento das suas atividades.

A farmácia atende mediante a apresentação de receituário de controle especial em duas vias, Formulário de solicitação de medicamentos, preconizado pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais preenchido e assinado pelo médico responsável (BRASIL, 2010) e documento do usuário expedido por Órgão Público com foto, fornecendo medicamentos para pacientes em tratamento com ARV, pessoas expostas ao vírus HIV pela via ocupacional (acidente com material biológico) ou sexual de risco e parturientes visando profilaxia do bebê.

4.1 Diagnóstico da situação

Atualmente a farmácia trabalha com o programa informatizado SICLON (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos) do Ministério da Saúde, onde são realizados diariamente os registros de retirada de medicamentos de forma individual. Porém, por motivos diversos, o sistema encontra-se desatualizado com relação a óbitos, transferências, multiplicidades de cadastros e outros. Fato que acarreta na impossibilidade de controle preciso dos pacientes em atraso de retirada por este sistema.

A percentagem média obtida de 19.5% de pacientes originaria de planilha manual, que não retiram a medicação em pelo menos um dos meses do estudo, apresenta a existência de um número significativo de pacientes com não adesão ao tratamento, ou seja, com uma adesão abaixo dos 95% indicado pelo Manual de Adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids (2008). Os resultados desta análise mostram-se preocupantes, já que a dispensação da medicação é realizada de forma individual e suficiente para o período de 30 dias, caracteriza-se assim que se o paciente não retornou na data correta tomou medicamento da maneira inadequada.

Vale destacar que, o índice da não dispensação é considerado baseado na não retirada mensal de medicação pelo paciente ou responsável na farmácia, e não pela falta de medicação ou falha de dispensação da mesma.

Estudos feitos no Brasil mostram que o percentual da taxa de adesão pode apresentar valores bastante distintos entre as regiões: “69% em 27 unidades do Estado de São Paulo, 85,8 % em hospital dia de Brasília e 49% em SAE de Pelotas/RS” (NOGUEIRA *et al*, 2007).

De acordo com o Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (2008), os registros das retiradas de medicamentos na farmácia são considerados um dos métodos utilizados para a aferição da adesão, constata-se portanto, a importância da farmácia como identificador da não adesão.

Foi observado, porém, que estes dados não possuem grande significância dentro da prática diária de dispensação da farmácia e principalmente que a ausência de retirada da medicação pelo paciente na farmácia não gera nenhum tipo de

notificação ou comunicação ao serviço de atendimento especializado (SAE). Sendo a comunicação desses dados repassada eventualmente quando solicitada pela equipe multidisciplinar, observou a perda de um vínculo de grande ajuda da adesão, ou seja, não se realiza o gerenciamento dos casos de baixa adesão ao tratamento.

Ainda que se considere que a retirada da medicação na farmácia não signifique a garantia da correta utilização de qualquer medicamento, pode-se ponderar que informações sobre as dispensações constituem um mecanismo que sinaliza precocemente os pacientes em risco de não adesão ou mesmo de abandono.

Sabendo-se que hoje, o controle de pacientes já em uso de ARV que estão com problemas de adesão é basicamente realizado através do encaminhamento de prontuário médico à assistente social, somente quando eles não comparecem nas consultas agendadas, fica evidente a necessidade de mudança do processo de trabalho vigente. O desenvolvimento de um sistema que contribua de modo contínuo na alimentação de informações entre a farmácia e o restante da equipe multidisciplinar é uma prática que buscará, através da intercomunicação, o correto monitoramento da adesão ao tratamento por parte desses pacientes e conseqüente aumento de efetividade do programa de assistência aos portadores de HIV/AIDS.

5 Proposta

5.1 Desenvolvimento da proposta

A fase inicial, que já está em andamento, prevê a realização de reuniões com coordenação do programa municipal de DST/AIDS e equipe multidisciplinar, para orientação e troca de idéias sobre o processo e conhecimento dos novos procedimentos a serem realizados pela equipe da farmácia, apresentação da situação atual e discussão das metas a serem alcançadas.

Durante a fase de treinamento e implantação dos procedimentos, com o objetivo de buscar um melhor controle dos pacientes, a proposta baseia-se na implantação do Formulário de Controle de Retirada de ARV, em anexo I. O documento deverá ser preenchido logo após o término dos procedimentos relativos ao atendimento habitual do paciente. Neste formulário constará o número do prontuário e a data que o paciente deverá retornar para nova retirada de medicação. O desenvolvimento dessa prática torna o monitoramento de datas de retiradas de ARV dos pacientes um procedimento simplificado e de fácil visualização.

Visando um melhor controle de frequência, optou-se pela realização de uma análise de datas semanalmente e no último dia útil de cada semana a farmacêutica realizará um levantamento de faltosos ao correspondente período e com base nesses dados providenciará o preenchimento do Formulário de não conformidade de uso de ARV (anexo II). Após este preenchimento procede ao encaminhamento à coordenação do programa, através de rotina diária de entrega de documentos já existentes, comunicando os pacientes que provavelmente estarão sem a medicação.

No formulário de não conformidade de uso de ARV serão registrados o número do prontuário e histórico de retirada de medicação do paciente dos últimos 6 meses na farmácia, contendo campo para preenchimento de qualquer eventualidade durante o período, como a presença de faltas reincidentes ou mesmos queixas ou relatos de dificuldades do paciente identificados durante o último atendimento.

A identificação dos pacientes em ambos os formulários deve sempre ser realizada através do número de seus prontuários, evitando a exposição desnecessária de seus nomes e zelando pelo sigilo do mesmo.

Transcorridos 90 dias da etapa de implantação dos novos procedimentos, nova contagem de faltosos será realizada para fins de comparação com resultados de meses anteriores.

5.2 Plano de implantação

- Setembro – Dezembro/2011: Reuniões com a coordenadora para apresentação da proposta de novos procedimentos técnicos na farmácia e definição dos responsáveis envolvidos, bem como a data de início do processo de implantação, atribuições de responsabilidades, forma de monitoramento, buscando a coordenação do trabalho como um todo. Durante o cumprimento das ações iniciais permanece o procedimento de avaliação percentual de faltosos pela farmácia a ser realizado mensalmente.
- Janeiro/2012 - Etapa de capacitação para adaptação das novas rotinas e do correto preenchimento dos formulários de controle. Definição das etapas e estratégias de implantação do processo no decorrer do atendimento. Durante a etapa de treinamento faz-se necessário avaliar a alteração do tempo médio de atendimento de cada paciente. Na observação de aumento significativo no tempo do atendimento, uma rearticulação do processo deve ser programada e medidas adicionais efetuadas, buscando evitar reclamações por parte dos pacientes.
- Fevereiro a abril de 2012: Início previsto para a implantação e desenvolvimento dos procedimentos de utilização dos Formulários de Controles de Retiradas de ARV e Formulário de não conformidade de uso de ARV.
- Março e abril serão meses destinados à etapa de adaptação de procedimentos e possíveis alterações, mediante reuniões de avaliação.
- Maio 2012: Realização do levantamento de faltosos após 90 dias de implantação e apresentação desses resultados para toda equipe multidisciplinar envolvida no processo, para fins de comparação de resultados, avaliação de impacto e discussão dos procedimentos alterados durante esta fase. Ações que promovam ajustes, reorganização das ações e

estabelecimento de novos procedimentos também serão discutidos nesse período.

Será determinado nessa fase se o procedimento foi viável e se alcançou resultados esperados.

5.3 Resultados esperados

Estudos sobre melhoria dos resultados de adesão ao tratamento com medicamentos antirretrovirais em pacientes com HIV após a implantação de formulários de controle para gerenciamento e notificação desses pacientes ainda não foram desenvolvidos, fato que nos impossibilita sugerir um percentual de redução dessas ausências.

A busca por resultados pretendidos definiu-se pela comparação dos resultados de adesão anteriores à implantação dos procedimentos de controle e posteriores a sua implantação.

Eventualmente, medidas adicionais e externas às rotinas da farmácia poderão ser estudadas e adotadas pelos profissionais de enfermagem, de medicina, psicologia e do serviço social no sentido de complementar e/ou otimizar essa iniciativa de melhoria da adesão ao tratamento.

5.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Atenção deve ser dada a todos os aspectos éticos e de sigilo profissional, impedindo situações discriminatórias e poupando o paciente e seus acompanhantes e ou familiares de exposições desnecessárias. A abordagem sigilosa garante o respeito a individualidade dos usuários, pois não é raro pacientes realizam seus tratamentos em sigilo.

Segundo a Instrução Normativa n 1.626, de 10 de julho de 2007 determina, entre outras coisas que se defina, previamente, através de acordo entre o usuário e a instituição de saúde, qual a forma de comunicação que será realizada entre ambos durante o período de tratamento. É importante observar se a autorização de contato pela equipe de saúde foi realizada e assinada pelas partes.

6 Conclusão

O advento da terapia antirretroviral pela rede pública de saúde no Brasil trouxe melhorias significativas aos pacientes portadores de HIV/Aids como a diminuição dos índices de morbidade e mortalidade e conseqüente avanço na melhoria da qualidade de vida desses pacientes. Dentro desse contexto surgem outras dificuldades, principalmente a manutenção constante da adesão a terapia ARV, fator este decisivo para eficácia e sucesso do tratamento, já que no caso dos portadores de HIV, alcançar e manter índices iguais ou superiores a 95% são necessários para a obtenção da supressão viral máxima, reconstituição do sistema imunológico e progressão da doença, prevenção da resistência viral e desenvolvimento de doenças oportunistas.

O gerenciamento da dispensação de antirretrovirais pela farmácia apresenta-se como uma estratégia para superar uma fragmentação existente entre a Unidade Dispensadora de Medicamentos e o restante da equipe profissional envolvida. A comunicação de retiradas irregulares mostra-se um instrumento auxiliar no sentido de avaliar e monitorar os pacientes em risco ou que estejam com problemas no tratamento, a fim de planejar ações adequadas e oportunas. A busca por ações de intervenções podem melhorar a adesão a terapia antirretroviral, gerando um menor abandono de tratamento e tendo como resultado a redução do impacto da mesma nos serviços públicos e a otimização dos recursos já tão escassos.

7 Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes**. 1. ed. Brasília-DF.1999.

Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127698.pdf>. Acesso em: 05.09.11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. 2006.

Disponível em: <<http://www.giv.org.br/medicamentos/textos/consenso2006.pdf>>. Acesso em: 14.09.11

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções Técnicas para sua organização**. Brasília – DF. 2006.

Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>>. Acesso em: 28.09.11

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS**. Brasília- DF. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids**. Brasília. 2007.

Disponível em: <<http://www.sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=system/files/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 14.09.11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília – DF. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Qualiaids: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em aids no SUS**. Brasília-DF. 2008

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em:<<http://www.aids.gov.br/node/44321>> Acesso em: 21.09.11.

GRANGEIRO, A. *et al*. **Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos anti-retrovirais no Brasil**. Revista Saúde Pública. 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/09.pdf>>. Acesso em: 02.09.11.

GOMES, R. R. F. M. *et al*. **Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos**

infectados pelo HIV. Cad. Saúde Pública, RJ. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/04.pdf>>. Acesso em: 14.09.11.

Historia da Aids. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 16.09.11.

LIGNARI, L. *et al.* **Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids.** Revista Saúde Pública. 2001. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v35n6/7060.pdf> >. Acesso em: 27.08.2011.

LIMA, L. A. A. **Adesão como fator determinante de sucesso no tratamento do HIV/Aids.** Revista Atividade Científica. São Paulo – SP. Edição 33, p.3-16, junho. 2008.

LIMA. H. M. M. **Adesão ao tratamento do HIV/AIDS por pacientes com Aids, tuberculose e usuários de drogas de São Paulo.** Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-20102006-153336/pt-br.php>>. Acesso em 11.09.11.

MELCHIOR, R. *et al.* **Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil.** Revista Saúde Pública. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s2/5954.pdf> >. Acesso em: 11.09.11.

NOGUEIRA, A. L. I. *et al.* **Estudo da dispensação de medicamentos anti-retrovirais a pacientes infectados por HIV no serviço de farmácia do HC-UFG: Primeiro passo na implantação da atenção farmacêutica.** Revista Eletrônica de Farmácia. Vol IV. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/REF/article/view/2127/2074>>. Acesso em: 26.08.11.

RACHID, M. & SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS.** 9º Edição Revisada e Ampliada. Rio de Janeiro – RJ. 2008.

Resumo do mapa mensal de antirretrovirais. Disponível em: <<http://azt.aids.gov.br/gerencial/>>. Acesso em: 21.09.11.

ROCHA, S.Q. & MADRUGA, J. V.R. **Uma nova classe na terapia de resgate de pacientes multi-experimentados.** Revista Conviiver. Edição nº 4, p. 3-7, maio, 2011.

SEIDL, E. M. F. *et al.* **Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral.** Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/06.pdf>>. Acesso em: 11.09.11.

SILVA, M.H. *et al.* **Manual Boas Práticas de Adesão HIV/AIDS.** Atualização. São Paulo – SP. 2008.

WERNECK, M. A. F. & *at al.* **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço.** Belo Horizonte. 2009. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>>. Acesso em: 17.09.11

ANEXO I

Unidade Dispensadora de Medicamentos - Foz do Iguaçu

FORMULÁRIO DE CONTROLE DE RETIRADA DE ARV		
Mês de referência: Mês de retorno:		Responsável pela informação
1ª semana	Data prevista de retirada	
Prontuário n:		
Prontuário n:		
2ª semana	Data prevista de retirada	
3ª semana	Data prevista de retirada	
4ª semana	Data prevista de retirada	

Data:

Responsável:

ANEXO II

Unidade Dispensadora de Medicamentos-Foz do Iguaçu

Formulário de não conformidade de uso de ARV		
Mês de referência: Semana de referência:		
Prontuário	Histórico de retiradas	Observações

Responsável pelo preenchimento:

Data do preenchimento:

Data do encaminhamento: